



Hoe betrouwbaar is zelfrapportage van het rookgedrag bij COPD?

Samenvatting

Hilberink SR, Jacobs JE. Hoe betrouwbaar is zelfrapportage van het rookgedrag bij COPD? *Huisarts Wet* 2014;57(7):348-50.

Stoppen met roken is een cruciaal onderdeel van het behandelbeleid bij COPD: het vertraagt de achteruitgang van de longfunctie en het verbetert de prognose. Maar ondanks de overduidelijke relatie tussen roken en longklachten lukt het een deel van de rokers met COPD niet te stoppen. Een deel van hen geeft de huisarts foutieve informatie over hun rookgedrag. In deze beschouwing bespreken we de mogelijke oorzaken daarvan en geven we manieren hoe om te gaan met jukkende patiënten met COPD.

INLEIDING

COPD is een aan roken gerelateerde aandoening. Als een patiënt met COPD blijft roken, gaat de longfunctie sneller achteruit dan bij COPD-patiënten die niet roken. Daarom is stoppen met roken de belangrijkste behandeling voor rokende longpatiënten.^{1,3} Maar hoe pak je dit in de praktijk aan? De effectiviteit van stoppen-met-rokeninterventies bij COPD-patiënten is ontmoedigend laag. Eén van de kwaliteitsindicatoren genoemd in de Zorgstandaard COPD is het registreren van de rookstatus van COPD-patiënten. In 2012 was in 41 zorggroepen bij gemiddeld 80% van de COPD-patiënten de actuele rookstatus vastgelegd.⁴ Maar dan? Een deel van de patiënten lukt het te stoppen met roken, maar er zijn aanwijzingen dat 30 tot 40% nog rookt.^{5,6}

Hoe betrouwbaar zijn deze getallen en zijn patiënten wel eerlijk over hun rookgedrag? In deze beschouwing gaan we in op de barrières waar zorgverleners in de eerste lijn tegenaan lopen als ze COPD-patiënten willen begeleiden tijdens een stoppen-met-rokeninterventie en hoe effectief deze interventies in de praktijk zijn. Wat zijn de alternatieven?

VERSLAVINGSZIEKTE

Rokende COPD-patiënten lijden niet alleen aan een longaandoening, maar ook aan een verslavingsziekte. Niet voor niets is nicotineafhankelijkheid opgenomen in de DSM-IV en gehandhaafd in diens opvolger, de DSM-5.^{7,8} Volgens de DSM kan een roker als verslaafd aangemerkt worden wanneer voldaan wordt aan drie of meer criteria [kader]. Nicotine, het verslavende bestandsdeel in tabak, grijpt in op het autonome en centrale zenuwstelsel. Nicotine leidt tot het vrijkomen van adrenaline en dopamine in de hersenen, en stimuleert daarmee het beloningssysteem in dezelfde mate als heroïne en cocaïne.⁹ Er zijn aanwijzingen dat rokers met COPD ernstiger nicotineafhankelijk zijn dan rokers zonder die aan-

doening,¹⁰⁻¹² maar ook gemotiveerder zijn om te stoppen met roken.⁵ Een grotere ervaren ziektelast lijkt bij te dragen aan de motivatie om te stoppen.

Stoppen met roken gaat gepaard met ontwenningssverschijnselen en vereist het doorbreken van een lange periode van verslavingsgedrag, die bij rokers met COPD vaak meerdere decennia omspannt. Daarbij kan het een bron van schaamte zijn dat men blijft roken ondanks de longproblemen. Omdat ondersteuning bij stoppen met roken centraal staat in de behandeling, is het belangrijk dat huisartsen betrouwbare informatie krijgen over het rookgedrag van hun patiënten met COPD. Dit is nodig om de effectiviteit van de stoppen-met-rokeninterventie te beoordelen en de behandeling hierop aan te passen. De hamvraag voor elke huisarts is dan ook: is deze patiënt succesvol gestopt met roken?

SMOCC

Recentelijk verschenen de resultaten van een gerandomiseerd onderzoek naar de effectiviteit van een stoppen-met-rokenprotocol in de huisartsenpraktijk voor rokers met COPD, getiteld Smoking Cessation of Patients with COPD (SMOCC).¹³ De interventie bestond uit maximaal drie consulten met de huisarts, farmacologische ondersteuning en telefonische begeleiding van de stoppoging. Twaalf maanden na de introductie van het protocol zei 14,5% van de patiënten in de interventiegroep dat zij gestopt waren met roken, in de controlegroep was dit 7,4%. Dit verschil wees op een significant effect van de interventie. De onderzoekers vroegen patiënten die zeiden gestopt te zijn om urine in te leveren, en 70% gaf daaraan gehoor. De urine werd onderzocht op de aanwezigheid van cotinine, een afbraakproduct van nicotine; een gehalte van ≥ 50 ng/ml cotinine wees erop dat de patiënt nog rookte. Het urineonderzoek wees uit dat niet 14,5% maar slechts 7,5% van de interventiegroep daadwerkelijk was gestopt, en niet 7,4% maar 3,4% in de controlegroep.

In een aanvullend validatieonderzoek onder 60 COPD-patiënten die hadden aangegeven gestopt te zijn, werd daarop cross-sectioneel het 'jokpercentage' vastgesteld aan de hand

De kern

- Als COPD-patiënten jukken over hun rookgedrag moet men dat niet in de eerste plaats interpreteren als ondermijnd gedrag, maar als symptoom van hun rookverslaving.
- Intensievere begeleiding, hetzij in de huisartsenpraktijk, hetzij door gespecialiseerde verslavingszorg, kan een noodzakelijke volgende stap zijn om de rokende COPD-patiënt te ondersteunen bij stoppogingen.
- Het biochemisch objectiveren van zelfgerapporteerd stoppen is een instrument om jukkende van succesvolle stoppers te onderscheiden, maar moet binnen de vertrouwensrelatie tussen behandelaar en patiënt in alle openheid worden toegepast.

Radboudumc, IQ Scientific Institute for Quality of Healthcare, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: dr. S.R. Hilberink, psycholoog-onderzoeker (tevens Hogeschool Rotterdam, Kenniscentrum Zorginnovatie, Rotterdam); dr. J.E. Jacobs, medisch socioloog • Correspondentie: s.r.hilberink@hetnet.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Criteria voor nicotineafhankelijkheid in de DSM⁷

- Tolerantie: (a) de behoefte aan steeds meer van het middel om het gewenste effect te bereiken, of (b) een duidelijk verminderd effect bij voortgezet gebruik van dezelfde hoeveelheid.
- Onthouding, zoals blijkt uit (a) het voor het middel karakteristieke onthoudingssyndroom of (b) hetzelfde middel wordt gebruikt om onthoudingsverschijnselen te vermijden.
- Gebruik in grotere hoeveelheden of gedurende langere tijd dan bedoeld.
- Aanhoudende wens of pogingen zonder succes het gebruik van het middel te verminderen of in de hand te houden.
- Een groot deel van de tijd wordt besteed aan activiteiten die nodig zijn om aan het middel te komen, het te gebruiken (bijvoorbeeld kettingroken), of bij te komen van de gevolgen van het gebruik.
- Belangrijke activiteiten worden gestopt of verminderd door het gebruik van het middel.
- Het gebruik van het middel wordt gecontinueerd ondanks de wetenschap dat er een hardnekkig of terugkerend lichamelijk of psychisch probleem is dat waarschijnlijk veroorzaakt of verergerd wordt door het middel.

van een korte vragenlijst die de deelnemers invulden bij het inleveren van hun urine.¹⁴ Van degenen die aangaven gestopt te zijn, bleek 22% volgens de urineanalyse (gecontroleerd voor het gebruik van nicotinevervangende middelen) nog steeds te roken.

BEHANDELING**Zelfmanagement**

Stoppen met roken hoort integraal onderdeel te zijn van de behandeling van COPD-patiënten. Daarbij wordt de inbreng van de patiënt, op basis van diens eigen verantwoordelijkheid voor het omgaan met de aandoening, steeds belangrijker gevonden. Informeren, het aangaan van een *partnership* met de patiënt en het vergroten en ondersteunen van diens vaardigheden zijn cruciale elementen in die benadering. COPD is echter niet goed te behandelen zolang de patiënt nog rookt, en gebrek aan stopmotivatie bij rokers met COPD is dan ook een enorme barrière voor het bedoelde zelfmanagement.¹⁵

Deze beschouwing leent zich niet voor kritische reflectie op het begrip 'zelfmanagement' en de vertaling ervan naar de praktijk. Wel willen we enkele kanttekeningen plaatsen bij de gedachtegang dat patiënten met COPD doelbewust hun behandeling ondermijnen doordat ze niet stoppen met roken. Recentelijk bleek dat 53% van de rokende COPD-patiënten het afgelopen jaar ten minste één stoppoging had ondernomen (ter vergelijking: in dezelfde periode had 26% van alle rokers in Nederland gepoogd te stoppen).¹⁶⁻¹⁷ Van de rokers met COPD die willen stoppen betwijfelt echter 60% of hen dat daadwerkelijk zal lukken. Schaamte om het roken ondanks de longklachten kan het zoeken naar hulp ondermijnen,¹⁸ maar toch maken rokers met COPD veel vaker gebruik van hulpmiddelen dan 'gezonde' rokers (41,7% tegenover 23,7% in dezelfde periode).¹⁹ Er lijkt dus geen grond voor de aanname dat rokers met COPD geen extra moeite doen om hun rookgedrag aan te pakken.

Verslavingsziekte

Hoe moet men hiermee omgaan als behandelaar? Onze kanttekeningen zetten het 'jokken' van COPD-patiënten over

hun rookgedrag in een ander licht. De jokkende patiënten, in ons onderzoek ongeveer een vijfde, waren niet alleen persisterende rokers maar gaven ook onjuiste informatie aan de behandelaar. De literatuur stelt dat risicogroepen in het algemeen vaker jikken over hun rookgedrag dan rokers zonder chronische aandoening. Meedoen aan een stoppen-met-rokeninterventie lijkt de neiging van rokers met COPD tot onjuiste zelfrapportage te versterken: in een onderzoek zei 19% voor aanvang van de interventie niet te roken, na de interventie was dit maar liefst 52%.²⁰ Liegen (om dit woord dan toch maar te gebruiken) over de mate van middelengebruik is symptomatisch voor elke verslaving en het lijkt dan ook goed om rokers met COPD niet alleen maar te benaderen als patiënt met COPD, maar ook als patiënt met een verslavingsziekte.

Hoe zijn rokende COPD-patiënten het best te begeleiden?

Om te beginnen moeten huisartsen en praktijkondersteuners bedacht zijn op onjuiste zelfrapportage van rookgedrag. Vervolgens moeten zij dit interpreteren als symptoom in plaats van als ondermijnend gedrag. In de praktijk zijn er mogelijkheden om betrouwbare informatie te verkrijgen met behulp van biomarkers. Er is een aantal praktisch bruikbare instrumenten waarmee rookgedrag op een betrouwbare manier gemeten kan worden, zoals koolmonoxidemeters die rookgedrag in de afgelopen 24 uur detecteren aan de hand van CO in de adem, en dipsticks waarmee men de cotinine-spiegel in urine kan bepalen.²¹ Deze instrumenten kunnen de kwaliteit van zorg verbeteren, mits aan een aantal voorwaarden voldaan wordt. De belangrijkste is wel om de controle op het rookgedrag in de context te plaatsen van de vertrouwensrelatie tussen hulpverlener en patiënt, dus het gebruik van biomarkers uitdrukkelijk te bespreken en met wederzijdse overeenstemming op te nemen in het behandelplan. Herhaaldelijk meten van het rookgedrag is slechts één onderdeel van een stoppen-met-rokeninterventie, daarnaast zijn ook motiverende interventies die de patiënt aanzetten tot een gezondere leefstijl noodzakelijk. Bij rokende COPD-patiënten is extra aandacht nodig voor angst en schaamte, en voor de mogelijkheid dat door de verslaving stoppen moeilijk of niet zal lukken.

Slechts een minderheid van de COPD-patiënten stopt bij een minimale interventie in de huisartsenpraktijk, dus voor de grote meerderheid van degenen die in principe willen

Abstract

Hilberink SR, Jacobs JE. How reliable is self-reported smoking in patients with COPD? *Huisarts Wet* 2014;57(7):348-50.

Stopping smoking is a crucial part of COPD management: it slows the deterioration of lung function and improves the prognosis. However, despite the clear association between smoking and pulmonary symptoms, some smokers with COPD do not succeed in stopping smoking. In addition, some of these patients give their general practitioner incorrect information about their smoking behaviour. This article discusses possible reasons for this and ways to cope with these 'fibbing' patients.



Foto: Bas de Meijer/Hollandse Hoogte

stoppen is een intensievere behandeling gewenst. Men kan daarbij denken aan groepstrainingen of aan intensievere persoonlijke begeleiding. Via www.rokeninfo.nl kan op postcode naar de beschikbare ondersteuning gezocht worden.

TOT SLOT

Patiënten met COPD die jokken over hun rookgedrag maken het de huisarts lastig om een goed behandelbeleid uit te stippen. We pleiten ervoor dit jokken niet te interpreteren als ondermijnend gedrag, maar als symptoom van de rookverslaving. Het biochemisch objectiveren van zelfgerapporteerd stoppen is een bruikbaar instrument om jokkers van succesvolle stoppers te onderscheiden, mits het in alle openheid wordt toegepast binnen de vertrouwensrelatie tussen behandelaar en patiënt. Intensievere begeleiding, hetzij in de huisartsenpraktijk, hetzij door gespecialiseerde verslavingszorg, kan een noodzakelijke volgende stap zijn om de rokende COPD-patiënt te ondersteunen bij stoppogingen. De behandeling van nog rokende COPD-patiënten is gebaat bij realistische verwachtingen omtrent de te behalen resultaten van beperkt intensieve stopinterventies in de huisartsenpraktijk. ■

LITERATUUR

- 1 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD. Leuven/Manchester: GOLD, 2011-2014. <http://www.goldcopd.org>, geraadpleegd mei 2014.
- 2 Smeele IJM, Van Weel C, Van Schayck CP, Van der Molen T, Thoonen B, Schermer T, et al. NHG-Standaard COPD (tweede herziening). Huisarts Wet 2007;50:362-79.
- 3 Salomé PhL, In 't Veen JCCM, Van Vliet M, Euving E, Göttgens W, Harms LM, et al. Zorgstandaard COPD. Amersfoort: LAN, 2013. <http://www.longalliantie.nl/zorgstandaard-copd/>, geraadpleegd mei 2014.
- 4 Klomp M, Romeijnders A, Roosenboom M, Vogelzang F, Bilo H, Van Althuis T, et al. Transparante ketenzorg diabetes mellitus, COPD en VRM: Rapportage zorggroepen over 2012. Utrecht: LOK, 2013. <http://www.organisatieketenzorg.nl/over-zorggroepen>, geraadpleegd mei 2014.
- 5 Hilberink SR, Jacobs JE, Schösser M, Grol RPTM, De Vries H. Characteristics of patients with COPD in three motivational stages related to smoking cessation. Patient Educ Couns 2006; 61:449-57.
- 6 Smeele I, Meulepas M, Meulemans C, Reus I, Klomp M. Eerste ervaringen met COPD-ketenzorg. Huisarts Wet 2012;55:194-8.
- 7 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed., text rev. (DSM-IV-TR). Washington, DC: APA, 2000.
- 8 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. (DSM-5). Washington, DC: APA, 2013.
- 9 Zijlstra FJ, Zaagsma J. Farmacologie van nicotine. In: Knol K, Hilvering C, Wagener DJT, Willemsen MC, redactie. Tabaksgebruik: gevolgen en bestrijding. Utrecht: Lemma, 2005.
- 10 Vozoris NT, Stanbrook MB. Smoking prevalence, behaviours, and cessation among individuals with COPD or asthma. Respir Med 2011;105:477-84.
- 11 Shahab L, Jarvis MJ, Britton J, West R. Prevalence, diagnosis and relation to tobacco dependence of chronic obstructive pulmonary disease in a nationally representative population sample. Thorax 2006; 61:1043-7.
- 12 Jiménez-Ruiz CA, Masa F, Miravittles M, Gabriel R, Viejo JL, Villasanté C, et al. Smoking characteristics: Differences in attitudes and dependence between healthy smokers and smokers with COPD. Chest 2001;119:1365-70.
- 13 Hilberink SR, Jacobs JE, Breteler MHM, De Vries H, Grol RP. General practice counseling for patients with chronic obstructive pulmonary disease to quit smoking: impact after 1 year of two complex interventions. Patient Educ Couns 2011;83:120-4.
- 14 Hilberink SR, Jacobs JE, Van Opstal S, Van der Weijden T, Keegstra J, Kemper PL, et al. Validation of smoking cessation self-reported by patients with chronic obstructive pulmonary disease. Int J Gen Med 2011;4:85-90.
- 15 Kotz D, Van Litsenburg W, Van Duurling R, Van Schayck CP, Wesseling GJ. Smoking cessation treatment by Dutch respiratory nurses: reported practice, attitudes and perceived effectiveness. Patient Educ Couns 2008;70:40-9.
- 16 Baan D, Heijmans M, Spreeuwenberg P, Rijken M. Zelfmanagement vanuit het perspectief van mensen met astma of COPD. Utrecht: Nivel, 2012. www.nivel.nl, geraadpleegd mei 2014.
- 17 Nagelhout GE. Trendpublicatie percentage rokers: Percentage rokers in de Nederlandse bevolking 1958-2011. Den Haag: Stivoro, 2012.
- 18 Wilson JS, Elborn JS, Fitzsimons D. 'It's not worth stopping now': why do smokers with chronic obstructive pulmonary disease continue to smoke? A qualitative study. J Clin Nurs 2011;20:819-27.
- 19 Henselmans I, De Witt LJ, Hilberink SR, Jacobs JE. Professionele behandeling van tabaksverslaving: het cliëntenperspectief. Nijmegen: Centre for Quality of Care Research (WOK), 2003.
- 20 Monninkhof E, Van der Valk P, Van der Palen J, Mulder H, Pieterse M, Van Herwaarden C, et al. The effect of a minimal contact smoking cessation programme in out-patients with chronic obstructive pulmonary disease: a pre-post-test study. Patient Educ Couns 2004;52:231-6.
- 21 Mudde AN, Willemsen MC, Kremers S, De Vries H. Meetinstrumenten voor onderzoek naar roken en stoppen met roken. Den Haag: Stivoro, 2006.
- 22 Chavannes NH, Kaper J, Frijling BD, Van der Laan JR, Jansen PWM, Guerrouj S, et al. NHG-Standaard Stoppen met roken. Huisarts Wet 2007;50:306-14.